



## Хирургическая Тактика При Двустороннем Врождённом Гидронефрозе У Детей

1. Акбаров Н. А
2. Мирзакаримов Б. Х.
3. Юлдашев М. А.

Received 2<sup>nd</sup> Aug 2023,  
Accepted 19<sup>th</sup> Sep 2023,  
Online 30<sup>th</sup> Oct 2023

<sup>1,2,3</sup> Андижанский государственный  
медицинский институт  
г.Андижан, Узбекистан

**Аннотация:** Увеличение количества новорожденных с врожденным гидронефрозом, особенно с двусторонним ставит перед детскими хирургами задачу раннего выявления и дифференцированного отбора детей для хирургической коррекции порока. Своевременной коррекцией на доклиническом этапе болезни можно предотвратить развитие тяжелых осложнений.

**Ключевые слова:** новорожденных, гидронефроз, осложнения.

**Актуальность.** По данным литературы частота врожденных пороков развития органов мочевого выделения составляет 35- 40 % всех врождённых аномалий у детей, т.е. 6 случаев на 1000 новорожденных., среди них врождённый гидронефроз занимает 10 %. т.е. 2,8 случаев на 1000 плодов [1,2,3,5]. Увеличение количества новорожденных с врожденным гидронефрозом, особенно с двусторонним ставит перед детскими хирургами задачу раннего выявления и дифференцированного отбора детей для хирургической коррекции порока. Своевременной коррекцией на доклиническом этапе болезни можно предотвратить развитие тяжелых осложнений.

В настоящее время результаты лечения врожденного гидронефроза у детей постоянно улучшаются. Однако, с накоплением опыта, стало очевидно, что многие аспекты в лечении гидронефроза, особенно двустороннего еще не решены.

Многие клиницисты крайне осторожны в выборе срока оперативного лечения гидронефроза у новорожденных и грудных детей, они рекомендуют проводить его не ранее 3-4 лет при полной убежденности в диагнозе [1,4]. В то же время, другие являются сторонниками обязательного оперативного вмешательства у новорожденных и грудных детей [4,6].

В связи с этим на наш взгляд имеется объективная необходимость разработки оптимальной лечебной тактики при двустороннем врожденном гидронефрозе с различной стадией у детей.

**Цель.** Изучить результаты оперативного лечения двустороннего врожденного гидронефроза у детей.

**Материалы и методы исследования.** Для диагностики врожденного гидронефроза проведены ультразвуковые (УЗИ), доплерографические, рентгенологические (экскреторная урография), по показаниям мультиспиральная компьютерная томография, клинические и биохимические лабораторные исследования крови и мочи.

За последние 15 лет под нашим наблюдением находилось 32 детей больных с двусторонним врожденным гидронефрозом в различной стадии, в возрасте от 10 дней до 14 лет. Стадии врожденного гидронефроза у детей классифицировали по В.С.Карпенко, по которой гидронефроз делится на 4 стадии, где в основу берётся степень ретенции и нарушение сократительно-эвакуаторной функции чашечно-лоханочной системы, а также степень атрофии паренхимы почки. Из наблюдаемых больных, у 12 диагностирована одинаковая стадия гидронефроза в обеих почках, причём у 4- I стадия, у 5- II стадия, у 3 - III стадия. У остальных 20 больных диагностирована сочетание различных стадий гидронефроза в обеих почках, причём сочетание I и II стадии в почках-у 4, I и III стадии-у 6, II и III стадии - у 6, III и IV стадии-у 4.

Анализ полученных данных показало, что по мере нарастания стадии гидронефроза степень атрофии паренхимы и нарушения функция почек увеличивается. Следовательно, своевременная диагностика и раннее оперативное лечение врожденного гидронефроза у детей крайне необходимо.

Дети с I стадией гидронефроза в обеих почках (2) не оперированы и они находятся под диспансерным наблюдением в динамике. Дети с I стадией с одной стороны и II стадией с другой и с I стадией с одной стороны и III стадией с другой оперированы с одной стороны. (20). Остальные дети (8) оперированы с обеих сторон.

Всего произведены 36 операции у 28 больных. Новорожденным и детям до 3х мес. с III и IV стадией гидронефроза предварительно произведена перкутанная нефростомия и после истечения 6 месяцев оперированы.

Произведены следующие корригирующие пластические операции на почках: уретеропиелопластика по Фолеу-у 6 больных, уретеротомия по Мориону- 4, уретеропиелопластика по Андерсену-Кучера-у 8, уретеролиз- 2, антевазальная дислокация мочеточника -2, сегментарная резекция мочеточника-2, первичная нефрэктомия с одной стороны – у 2, у которых был гидронефроз IV стадии одной почки. Вторичная нефрэктомия нами не произведена. Все оперированные больные выписались с выздоровлением. Дети оперированные с одной стороны, у которых с одной стороны был I стадии гидронефроза (10) находятся под диспансерным наблюдением в динамике.

У всех наблюдаемых больных первичное вмешательство проводилось на почке, функционировавшей хуже. У большинства операция на стороне с худшей функцией почки привела к значительному улучшению работоспособности последней, что позволило в дальнейшем выполнить оперативное вмешательство на лучше функционирующей контрлатеральной почке в относительно благоприятных условиях. Мы исходили из того, что первичное оперативное вмешательство на более пораженной стороне обеспечивает течение послеоперационного периода на фоне сохранения большего объема функционирующей паренхимы ранее оперированной почки. Одномоментное оперативное вмешательство у детей больных с двусторонним врожденным гидронефрозом мы не производили.

## Выводы.

1. Исходя из анализа собственного материала и литературных данных, считаем, что при двустороннем врожденном гидронефрозе нельзя рекомендовать единые критерии. В каждом

случае хирургическая тактика должна быть индивидуальной в зависимости от клинического течения заболевания, стадии гидронефроза каждой почки, степени функциональных нарушений почек, возраста больного, с максимальным соблюдением органосохраняющего принципа.

2. При гидронефрозе III стадии, с нарушением функции данной почки и сопутствующим пиелонефритом, как 1 этап операции рекомендовано наложение пункционной нефростомы под УЗИ - контролем. Пункционная нефростома снижает внутривнутрипочечное давление, что создаёт оптимальные условия для восстановления васкуляризации и улучшения функции поражённого органа. После улучшения функции почки, которое проявляется увеличением количества продуцируемой мочи и увеличения её плотности, следует проводить корригирующую-реконструктивно-пластическую операцию на ЛМС, в зависимости от степени поражения органа, примерно через 2-6 месяцев. Высокие репаративные возможности растущего организма, создают благоприятные условия, способствующие восстановлению размеров и функции почки.

#### Литература:

1. Анализ хирургического лечения гидронефроза у детей/ Д.А. Гасанов и соавт.// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016.
2. Ерекешов А.Е.//Современные методы диагностики и лечения врожденного гидронефроза у детей. /Кн: Астана, 2011. – С. 116.
3. Клинические рекомендации по детской урологии. //Под редакцией Л.Б.Меновщикова, Ю.Э.Рудин, Т.Н.Германова, В.А.Шадеркина./Москва.-2015.
4. Пугачев А.Г.//Детская урология. Руководство для врачей. - М: «ГЭОТАР – Медия», 2009. - С.
5. Сизонов В.В./Диагностика обструкции пиелоуретерального сегмента у детей.//Вестник урологии.2016.№4.
6. Emad-Eldin S., Abdelaziz O., El-Diasty T.A.// Diagnostic value of combined static-excretory MR Urography in children with hydronephrosis./J Adv Res. 2015 Mar;6(2):145-53.